

ESSAI SUR L'EMPLOI
DE
L'IODOFORME
DANS LES PLAIES CAVITAIRES

Il est plus aisé de dire des choses
nouvelles que de concilier celles qui
ont été dites.

VAUVENARGUES.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le samedi 12 août 1882, à trois heures de l'après-midi

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond KRANTZ

DE NANCY

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY

IMPRIMERIE PAUL SORDOILLET

Rue Saint-Dizier, 51

—
1882

ESSAI SUR L'EMPLOI
DE
L'IODOFORME
DANS LES PLAIES CAVITAIRES

Il est plus aisé de dire des choses
nouvelles que de concilier celles qui
ont été dites.

VAVENARGUES.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

Le samedi 12 août 1882, à trois heures de l'après-midi

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Edmond KRANTZ

DE NANCY

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

NANCY

IMPRIMERIE PAUL SORDOILLET

Rue Saint-Dizier, 51

—
1882

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES, *.

Doyen honoraire : M. STOLTZ, C *.

Professeurs honoraires : MM. SÉDILLOT, C *. CAILLOT, *. STOLTZ, C *.

SIMONIN, *. BACH, *.

Médecine légale.....	M. TOURDES, *, professeur.
Clinique externe.....	M. MICHEL, *, professeur.
Matière médicale et Thérapeutique....	M. COZE, *, professeur.
Histologie.....	M. MOREL, *, professeur.
Clinique interne.....	M. V. PARISOT, *, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. HERRGOTT, *, professeur.
	M. ROUSSEL, *, professeur adjoint.
	M. E. PARISOT, idem.
Pathologie génér. et Pathologie interne.	M. HECHT, professeur.
	M. DEMANGE, *, professeur adjoint.
Physiologie.....	M. BEAUNIS, *, professeur.
Anatomie et Physiologie pathologiques	M. FELTZ, *, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. RITTER, professeur.
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.
Physique.....	M. CHARPENTIER, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.
Hygiène.....	M. POINCARÉ, *, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.
	M. BÉCHET, professeur adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale	M. N..., professeur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. SCHLAGDENHAUFFEN.
SPILLMANN.
E. DEMANGE.

MM. A. HERRGOTT.
GARNIER.
WEISS.

M. BONNET, Secrétaire, Agent comptable.

Examineurs de la Thèse :

M. HEYDENREICH, *président* ; MM. CHRÉTIEN, ÉMILE PARISOT, DEMANGE FILS.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

MEIS ET AMATIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HEYDENREICH

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VICTOR PARISOT

AVANT PROPOS.

Il n'est certainement pas de question plus à l'ordre du jour que celle de l'iodoforme. Depuis ces dernières années, en effet, et surtout en Allemagne, il n'est pas de publication, pas de revue qui n'apporte son couplet à la louange du médicament.

L'expérimentation clinique prend une extension de plus en plus considérable; il n'est pas de praticien qui n'ait à cœur de fournir son contingent dans les résultats heureux que les annales de la chirurgie ont chaque jour à enregistrer.

Il semble que la vogue légitime et toujours croissante dont l'iodoforme est entouré, ne doive le céder en rien au succès obtenu, lors de son apparition, par le pansement de Lister.

Les bons résultats obtenus par les cliniciens dans le traitement des plaies par l'iodoforme sont trop nombreux et trop probants pour que le doute soit encore permis aujourd'hui.

Pendant que nous suivions à l'hôpital Saint-Léon les leçons de clinique chirurgicale de M. le professeur Gross, nous avons eu l'occasion d'observer les heureux effets produits par l'emploi du médicament dans le traitement des plaies en général.

Cependant l'attention de notre maître ayant été particulièrement attirée par le rôle véritablement surprenant de l'iodoforme dans la marche et la cicatrisation des plaies intéressant les différentes cavités du corps humain, il nous proposa de faire de l'étude de l'iodoforme dans les plaies cavitaires le sujet de notre travail inaugural. C'est, en effet, dans les plaies cavitaires que l'emploi de l'iodoforme marque le plus grand progrès sur les autres agents antiseptiques employés jusqu'à ce jour ; la simplicité et la commodité du pansement suffiraient à elles seules sans les propriétés antiseptiques et désinfectantes notoirement supérieures, à le faire préférer, du moins dans les cas qui nous occupent, aux longueurs et aux complications du pansement de Lister qui le rendent souvent impraticable.

Avec l'avènement de l'iodoforme dans la pratique chirurgicale s'ouvre donc une ère nouvelle pour les plaies cavitaires en particulier, plus déshéritées que d'autres jusqu'alors, au point de vue de l'antisepsie.

Nous n'avons pas la prétention, dans une monographie restreinte de faire l'histoire détaillée et approfondie de l'iodoforme ; nous nous contenterons de passer rapidement en revue les différents emplois que l'on a fait de cette substance et nous verrons que si l'iodoforme a fait

son apparition dans la thérapeutique médicale où il ne compte que de maigres succès, c'est en chirurgie surtout qu'il est appelé à jouer son véritable rôle de bienfaiteur.

Publier quelques faits cliniques d'observation, montrer les avantages réels du traitement et encourager, par l'exemple de résultats heureux, les praticiens à en faire usage pour leur plus grande satisfaction et le plus grand bien des malades confiés à leurs soins, voilà toute notre ambition.

La tâche nous a été singulièrement facilitée par les bons conseils de notre ami le Dr Rohmer, chef de clinique chirurgicale à la faculté de médecine de Nancy, qui s'est occupé depuis quelque temps de la question (1).

Qu'il reçoive ici le témoignage de notre profonde reconnaissance.

Nos remerciements sincères au Dr Sadler qui a gracieusement mis à notre disposition son laboratoire d'histologie pour nos études expérimentales.

(1) Voyez, Revue de chirurgie, juillet 1882 : Du pansement à l'iodoforme, par le Dr Rohmer.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555809_0035

HISTORIQUE.

A en croire la plupart des auteurs allemands, il ne nous faudrait pas remonter bien haut pour trouver les origines de l'emploi chirurgical de l'iodoforme. Il y a quatre ans à peine que les chirurgiens d'outre-Rhin ont repris son étude et ont commencé à vulgariser son emploi dans le traitement des plaies. Mais cette apparition en chirurgie, dont ils se plaisent à revendiquer l'honneur, n'est à vrai dire qu'une réapparition et nous allons, en remontant aux véritables sources de l'histoire du médicament, montrer que c'est pousser trop loin le sentiment de l'annexion.

L'iodoforme naquit en 1822 dans le laboratoire d'un chimiste français du nom de Sérullas. C'est en traitant une dissolution alcoolique d'iode par une dissolution alcoolique de potasse qu'il obtint un précipité jaune cristallisable en paillettes. Ce chimiste ne fit pas lui-même de recherches sur ce nouveau corps qu'il venait de découvrir, et c'est Dumas qui eut l'honneur d'en déterminer la composition exacte, de le classer parmi les composés analogues au chloroforme et au bromoforme, de

lui donner enfin le nom qu'il porte encore aujourd'hui. Nous ne nous arrêterons pas plus longtemps à l'étude chimique du médicament : arrivons tout de suite à son emploi.

C'est M. Bouchardat qui introduisit le premier l'iodoforme dans la pratique médicale, et en 1837 il publiait dans le *Journal de Pharmacie* un mémoire dans lequel il donnait un nouveau mode de préparation à lui, et signalait en même temps les heureux résultats qu'il avait obtenus par son emploi dans le traitement des goîtres et des scrofules. La voix du savant professeur ne trouva à cette époque que peu d'échos, et l'iodoforme, dont l'étude expérimentale était tout entière à faire, resta à peu près dans l'oubli pendant une quinzaine d'années.

En 1853, c'est-à-dire seize ans après le mémoire de M. Bouchardat, Righini d'Oleggio publia dans le *Journal de chimie médicale* une lettre sur l'emploi de l'iodoforme comme désinfectant (1) : « Pour employer ce corps, » dit-il, « il faut en verser dans de petits vases soit en poudre, soit divisé dans l'eau et le placer en divers endroits de l'atelier. L'iodoforme, se décomposant graduellement, altère la nature des substances miasmatiques sans nuire aux personnes qui travaillent dans les ateliers et qui, par le développement de ces substances, pourraient être gravement atteintes dans leur santé. L'iodoforme, par sa composition et ses propriétés antiseptique ou mieux désinfectante, peut utilement servir comme moyen hygiénique dans les salles d'hôpitaux ».

(1) *Bulletin de Thérapeutique*, 1853, tome 44, page 263.

Il termine sa lettre en disant que l'iodoforme est utile dans les abattoirs, parce que son évaporation peut empêcher les viandes d'acquérir une odeur putride, qu'il préserve de la putréfaction les différentes humeurs animales, qu'il peut être employé à la conservation des animaux morts et que l'inhalation de l'iodoforme divisé par l'éther est très avantageux pour retarder les progrès de la phthisie.

On voit par là que c'est surtout au point de vue de ses propriétés antiseptique et désinfectante que l'iodoforme a reparu à cette époque dans la pratique, propriétés sur lesquelles M. Bouchardat au début n'avait pas semblé attirer l'attention.

En 1853 également, fut présenté à l'Académie de médecine par MM. Moretin et Humbert, un mémoire dont les conclusions étaient les suivantes :

1^o En raison de la grande quantité d'iode que renferme l'iodoforme, ce médicament peut remplacer l'iode et les iodures dans toutes les circonstances où ces agents sont indiqués.

2^o L'absorption de l'iodoforme se fait avec la plus grande facilité. En effet, l'iode étant combiné ici avec l'hydrogène et le carbone pour le constituer, on a pour ainsi dire un composé organique.

3^o L'iodoforme appliqué à la thérapeutique a sur les autres iodiques l'avantage de ne déterminer aucune irritation locale et aucun des accidents qui forcent dans certains cas de suspendre l'emploi de ces derniers.

4^o Outre les propriétés qui lui sont communes avec l'iode, l'iodoforme jouit de vertus spéciales ; il calme les

douleurs dans certaines affections névralgiques et détermine une sorte d'anesthésie locale et partielle du rectum lorsqu'il a été déposé dans cet organe. »

Si l'on en croit le docteur Bouvier qui a expérimenté longuement l'iodoforme dans le traitement de la scrofule des enfants, les résultats obtenus seraient peu satisfaisants.

En Allemagne, Lichfield l'emploie à la même époque avec quelque succès contre les engorgements glandulaires, le prurigo, la lèpre et le proriasis ; Glower contre le goitre et les maladies de peau en général.

En Italie, c'est contre la tuberculose pulmonaire au début qu'on attend de l'iodoforme quelque heureux effet ; on l'administre aussi dans les accidents syphilitiques et l'aménorrhée.

En Angleterre, Greenlach l'emploie contre les douleurs du cancer utérin, le rhumatisme goutteux, les névralgies. Il le donne à la dose de 15 à 25 centigrammes à l'intérieur, et 5 centigrammes à l'extérieur associé au beurre de cacao. Les résultats obtenus dans cette voie d'anesthésie locale sont très satisfaisants ; c'est ce que nous aurons du reste l'occasion de confirmer dans le courant de ce travail.

En France enfin, Demarquay l'emploie contre les affections de la vessie et de la prostate et dans le cancer de l'utérus. C'est sous forme de suppositoires ou de pessaires au beurre de cacao qu'il l'administre.

Le Docteur Maître le conseille dans le traitement de la phthisie sous forme de fumigations.

C'est avec M. Féréol que nous voyons surtout com-

mencer l'emploi de l'iodoforme comme topique destiné à hâter la cicatrisation; chez lui l'emploi chirurgical prend de l'extension; toutes les plaies blafardes, languissantes, de mauvais aspect telles que chancres mous et bubons; en un mot toutes celles où il y a intérêt, à cause du danger de l'extension de l'ulcération, à hâter la cicatrisation, sont traitées avec avantage par un pansement à l'iodoforme.

Le Docteur Lailler s'en sert comme topique en poudre dans un double but, comme anesthétique local et comme antiphagédénique.

Ceci nous conduit à peu près à l'année 1875. Les choses en resteront là encore pendant quatre ou cinq ans, c'est-à-dire que l'iodoforme employé seulement contre le phagédénisme des chancres mous et de leurs bubons consécutifs ne prendra de l'importance dans la chirurgie proprement dite, où il se vulgarise actuellement, que vers l'année 1880, avec le Docteur Mosetig von Moorhof de Vienne. C'est à lui en effet que revient l'honneur d'avoir répandu, mais non introduit, l'emploi de l'iodoforme dans la thérapeutique chirurgicale.

Ce n'est pas seulement dans le traitement des ulcérations et des plaies atoniques, mais encore et surtout dans les processus de nature tuberculeuse que, d'après lui, ce médicament exerce une action spécifique. Cette action sur les productions tuberculeuses dont il parla le premier, lui attira même la raillerie de quelques collègues qui s'inclinent aujourd'hui devant la réalité des faits.

Billroth et Gussenbauer continuèrent à vérifier les résultats annoncés par Mosetig.

Dans le courant de l'année 1881, MM. Boeckel, de Strasbourg, Schoenbourg, de Koenigsberg, et Leisrink, de Hambourg, publièrent un grand nombre d'observations où l'iodoforme fut employé avec le plus grand succès.

Mikulicz et Panneth firent la même année des expériences tendant à démontrer que non seulement l'iodoforme empêche les phénomènes de décomposition organique, mais enraye aussi le développement d'éléments septiques.

Mais l'iodoforme, qui ne comptait jusque-là que des partisans, voit à cette époque un revirement d'opinion s'opérer subitement et des accusations graves d'intoxication se dresser contre lui. C'est alors une véritable panique dans la science ; on ne parle que d'empoisonnements et les publications pleuvent à l'envie pour battre en brèche le traitement iodoformé naguère si éclatant.

C'est Koenig qui jette le premier cri d'alarme à la fin de l'année 1881, dans le n° 52 du *Centralblatt für Chirurgie* (1).

A ce sujet, le Docteur Leisrink, de Hambourg, s'exprime en ces termes (2) :

« Il n'est pas de procédé de pansement qui ait fait naître chez les chirurgiens le plus d'opinions diverses, que celui de l'iodoforme introduit dans la chirurgie par Mosetig. »

(1) Du pansement antiseptique à l'iodoforme, par le Docteur L. Warnots, Bruxelles, 1882.

(2) *Berliner Klinische Wochenschrift*, 17 avril 1882, n° 16.

Après des communications enthousiastes comme on n'en a plus vues depuis l'apparition du pansement de Lister (De Mosetig, Mikuliez, Gussenbauer, Wolfler, Leisrink, Beger, Güterbock, Folkson, Hoeftmann, Kœnig) suivirent comme un éclair dans un ciel pur, la publication de Schede, puis celles de Henry, de Hoeftmann, de Kœnig et de Czerny, et tout récemment celles de Küster et de Kocher.

Il paraît qu'actuellement (1), à la suite des travaux de Kœnig et la publication de Czerny, (2) l'exagération de part et d'autre est arrivée à un juste milieu. Ceux qui sont désintéressés dans la question ont dû éprouver une singulière impression en suivant les opinions diverses émises sur l'iodoforme. Pour l'un c'est un antiseptique de premier ordre (Mosetig, Mikulicz); pour l'autre c'est un antiseptique peu sûr et peu actif (Czerny). Pour l'un il empêche sûrement l'érysipèle (Mosetig); pour l'autre il ne peut rien à cette complication des plaies (Schede, Czerny). Pour tel chirurgien la ouate iodoformée et la gaze employées seules sont souveraines (Mikulicz, Mosetig, Leisrinck). Pour tel autre, elles n'ont de valeur, et il ne les emploie qu'associées au pansement de Lister (Kœnig). Suivent encore plusieurs autres opinions des plus variées. Les thèses suivantes sont encore plus absolues et en apparence moins compréhensibles. Schede n'admet pas l'emploi de l'iodoforme dans les blessures récentes, Kœnig pense de même quoiqu'il soit moins ab-

(1) 17 avril 1882.

(2) Centralblatt. für chirurgie 7 et 8. 1882, und Wiener méd. Wochenschrift 6 und 7 1882.

solu. D'autres cliniciens, au contraire, traitent impunément et longtemps par l'iodoforme les plaies de toutes sortes (Mosetig, Mikulicz, Leisrinck). En somme ces contradictions subsisteront, car pour avoir une solution du problème, il faudrait que la dose à employer fût indiquée pour chaque cas, il faudrait que la salubrité relative de chaque hôpital fût connue ainsi que la plus ou moins grande propreté (*sic*) des opérateurs et des aides; il faudrait enfin avant tout connaître les résultats obtenus antérieurement avec les autres agents. Si dans le travail publié par Czerny nous trouvons qu'il triomphe complètement de l'érysipèle dans son service, on peut prétendre que c'est à sa manière d'opérer qu'il faut attribuer ce résultat.

Différents auteurs ont prétendu, avant comme après le discrédit de l'iodoforme, qu'il ne fallait pas, autant que possible, l'employer dans le pansement des plaies récentes (excepté toutefois dans les plaies tuberculeuses) ou tout au moins ne pas les remplir comme on l'a fait de la substance en question. Ce mot remplir (*ausfüllen*) que Schede emploie plusieurs fois dans son travail, l'introduction dans une blessure d'une quantité énorme d'iodoforme allant jusqu'à 300 grammes (Beger), justifient selon moi, au moins en partie, les différents accidents signalés. Au début, comme dit Czerny, on a cru qu'on pouvait impunément introduire dans une plaie des quantités considérables d'iodoforme : dans mon premier travail sur le traitement des plaies récentes (*Berliner Klin-Worhens. N° 47. 1881*), j'ai déjà dit qu'on ne devait employer qu'une quantité d'iodoforme nécessaire

pour recouvrir d'une couche mince la surface de la plaie, et qu'un excès de la substance était inutile et même nuisible. Aujourd'hui, éclairé par ma propre expérience et par les travaux de Mosetig et de Mikulicz, je suis arrivé à cette conclusion : de n'employer l'iodoforme que dans les plaies non suturées, et je dois avouer que les résultats que j'ai obtenus sont des plus satisfaisants. Certes Czerny a raison de penser qu'il faut mettre en ligne de compte l'étendue de la surface d'absorption des plaies, mais il ne faut pas perdre de vue ce que tous les auteurs admettent, que l'action de l'iodoforme s'accumule et que de cette façon il peut, d'une plaie anfractueuse relativement petite, alors qu'il n'y aurait que la quantité d'iodoforme nécessaire, résulter des accidents d'intoxication.

C'est partout, selon moi, dans les plaies récentes comme dans les affections tuberculeuses des os ou des parties molles qu'on a de la tendance à employer le médicament à doses trop massives. Ainsi Schede, dans le récit d'une résection de la hanche où le malade succombe à un empoisonnement par l'iodoforme, emploie l'expression de « remplir la plaie. » Dans l'un des cas de Henry (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1881, n° 34), la plaie opératoire de résection avait été littéralement bourrée d'iodoforme (150 à 200 gr.) Mikulicz employa 120 grammes chez une petite fille de 5 ans et Gussenbauer employa jusqu'à 220 grammes dans une résection de calcanéum. Certes je n'ai pas l'intention, et ce n'est pas à moi qu'il appartient, de faire des reproches à ces chirurgiens, mais en présence de telles quantités d'un médicament qui n'est pas inoffensif, on le sait de-

puis longtemps, il me semble qu'il ne faut pas s'étonner du mauvais résultat obtenu, et ne pas l'attribuer au médicament lui-même mais bien plutôt au mode de traitement. »

CHAPITRE II

Considérations générales sur les plaies cavitaires.

Études expérimentales sur l'iodeforme.

On entend généralement par plaies cavitaires, celles dont le foyer communique avec une cavité, soit naturelle, soit accidentelle (1). La solution de continuité produite dans les tissus peut reconnaître pour cause un traumatisme accidentel ou un traumatisme opératoire. C'est des plaies cavitaires opératoires que nous nous occuperons surtout ici ; c'est du reste de celles-là qu'il est question dans le plus grand nombre des observations publiées dans ces derniers temps.

On a classé différemment les plaies cavitaires ; nous n'adopterons pas dans notre exposé l'une de ces classifications de préférence à une autre. Chacune des cavités naturelles a des caractères qui lui sont propres, tant au point de vue de la disposition et de la structure des parois qu'au point de vue des sécrétions qu'on y rencontre ; les plaies de l'une ont souvent, un aspect bien différent de celui des plaies de la voisine, et la pathologie pourrait nous obliger à différencier celles que la

(1) MOURONVAL. — Thèse de Paris 1872.

physiologie aurait pu à la rigueur réunir dans une même classe. Elles sont du reste trop peu nombreuses, pour qu'une classification soit nécessaire : aussi nous contenterons nous de les énumérer l'une après l'autre.

Il importe peu, croyons nous, au point de vue du moins qui nous occupe, c'est-à-dire l'action de l'iodoforme sur les plaies, de savoir de quelle façon la plaie s'est produite, de connaître exactement sa forme sa profondeur et les nouveaux rapports qu'elle peut établir entre la cavité blessée ou nous la trouvons et une cavité ou un organe voisin ; ce qui nous intéresse surtout, c'est de bien établir l'influence qu'auront sur la marche de la blessure, sur sa cicatrisation, la forme et la structure des parois de la cavité, les sécrétions normales et pathologiques auxquelles cette paroi peut donner naissance et les produits divers que la cavité peut renfermer à un moment donné.

Tantôt en effet, au foyer traumatique proprement dit, viendra se joindre par une communication immédiate une cavité toute voisine (fracture de côte avec déchirure de la plèvre) ; tantôt ce foyer sera compliqué d'un trajet fistuleux plus ou moins étendu faisant communiquer deux cavités voisines (fistules vésico-vaginales ou vésico-rectales) qui viendront augmenter de toute leur capacité respective l'étendue du foyer primitif.

La cavité blessée peut être normalement vide ou pleine d'une façon continue ou intermittente ; ce fait est de la plus haute importance, puisque dans le premier cas, celui de vacuité, l'adhésion ne trouvera pas d'obstacle et la réunion ne saurait être entravée, tandis que le

contraire aurait lieu dans le cas de plénitude. Mais, comme nous l'avons vu déjà, aucune des cavités naturelles ne peut être considérée comme absolument vide, et chacune d'elles renferme, quelque minime qu'il soit, un contenu solide, liquide ou gazeux, ou même un mélange de deux ou plusieurs fluides; en conséquence le foyer traumatique se trouvera inévitablement en contact direct avec ce contenu dont l'influence sur lui variera avec la nature de ce dernier. Ce sera tantôt des sécrétions telles que salive, mucus, sérosité, tantôt des excrétions telles que l'urine, tantôt le contenu de l'intestin ou de l'estomac plus ou moins élaboré, tantôt enfin l'air atmosphérique dont la composition varie suivant le point de l'arbre aérien où on le considère.

Si la lésion intéresse une membrane muqueuse ou autre qui communique largement avec l'air extérieur, le contact d'un produit de sécrétion quelconque, qu'elle soit permanente ou intermittente et passagère, pourra être sans inconvénient. Dans une plaie de la cavité buccale par exemple, l'écoulement de la salive étant facile, il aura lieu sans encombre, et la résorption et l'infiltration ne seront à craindre qu'autant que la déclivité du plancher due à la position horizontale favorisera la stagnation du pus. Mais si la communication avec l'extérieur pour l'écoulement des sécrétions ou des produits de décomposition de ces sécrétions, n'est pas largement établie, il en sera tout autrement. Toutes les fois qu'il y aura parallélisme entre les deux orifices du trajet qui réunit le foyer à l'extérieur, l'écoulement des liquides sera facile et assuré, mais si la cavité intéressée est

remplie, si elle est profonde, si l'ouverture de communication est oblique, le trajet fistuleux long et tortueux, le liquide ne s'écoulera plus et ira se répandre dans les tissus voisins pour y former des épanchements et des infiltrations.

Une des influences les plus fâcheuses sur les plaies cavitaires, est le plus souvent l'action de l'air atmosphérique qui s'exerce largement par une communication facile de la cavité blessée avec l'extérieur. Sans parler ici de l'emphysème qui complique souvent les plaies, nous ne voulons parler que des inflammations suivies de suppuration ou de sphacèle ou encore de décomposition des produits de sécrétion. C'est dans ces cas surtout que se fera sentir le danger résultant du contact de l'air.

Le foyer traumatique lui-même apporte son contingent dans l'infection possible de la cavité lésée, et les produits qu'il y verse varient avec l'âge de la plaie. Au début, immédiatement après le traumatisme c'est un écoulement de sang plus ou moins abondant qui envahit la cavité et se mêle aux fluides qu'elle renferme, fluides dont l'action sur le sang est plus ou moins délétère surtout lorsqu'il s'agit des produits de sécrétion des cavités muqueuses. Que de l'urine, que des mucosités viennent en présence de l'air atmosphérique se mêler au sang épanché par le foyer traumatique, on aura bien vite un liquide infectant, irritant et susceptible de provoquer une inflammation suraigue avec des mortifications locales de tissus ; c'est un des modes de production de la gangrène. Nous savons d'autre part, que les exemples de résorption putride ou même purulente occasionnée par

la stagnation du pus dans une cavité ou l'écoulement est difficile ou impossible, ne sont pas très rares et les annales de la chirurgie en contiennent malheureusement trop de probants.

Dans la cavité buccale, le danger de la déglutition des produits de décomposition de toutes sortes vient encore s'ajouter au danger de la résorption signalé précédemment.

Quel est donc, sinon le danger du contact de l'air, la cause qui retient si souvent et avec raison le chirurgien qui se trouve en présence d'un abcès par congestion ? Quoi de plus facile que d'évacuer le pus qu'il contient, mais aussi quelles suites déplorables si le trajet est tortueux et l'écoulement difficile.

Il serait superflu d'insister plus longuement sur ce point. Le danger de la résorption et de l'infection résultant de la stagnation des produits morbides est un fait trop connu pour qu'il ne paraisse pas oiseux de s'y arrêter davantage ; et cela d'autant mieux que nous aurons l'occasion de revenir sur ce danger à propos de chaque plaie cavitaire en particulier.

Comme toutes les cavités comprises dans les classifications proposées dans la science n'ont pas un égal intérêt au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire le pansement de leurs plaies par l'iodoforme, et comme du reste nous ne pourrions produire d'observations sur chacune d'elles, nous nous contenterons, sans les classer, de passer en revue celles qui nous ont semblé le plus digne d'attirer l'attention du chirurgien, et nous étudierons successivement :

- 1^o Les plaies de la cavité buccale.
- 2^o Les plaies de la cavité pleurale.
- 3^o Les plaies des cavités péritonéale utéro-vaginale et rectale.

Notre sujet ainsi limité sera encore suffisamment étendu puisqu'il comprend les cavités les plus importantes, et que c'est d'elles qu'il est question dans la presque totalité des observations publiées jusqu'à ce jour. Ce n'est pas à les collectionner toutes et à les rapporter que nous nous sommes attachés : loin de là ; notre intention a été simplement de faire connaître, en nous appuyant sur quelques exemples choisis les modifications que l'iodoforme apporte dans le pansement des plaies cavitaires, et son influence heureuse sur les produits septiques de décomposition de ces plaies.

Mais avant d'aborder l'étude des faits que nous voulons rapporter, il serait intéressant de connaître la manière dont se comporte l'iodoforme avec différents liquides organiques autant que possible choisis dans l'économie humaine et de se rendre compte par là de son pouvoir désinfectant et antiseptique.

Mikulicz et Panneth (1) publièrent au commencement de cette année le résultat d'expériences qu'ils firent pour vérifier ces faits. Voici en quels termes Mikulicz s'exprime : « Dans mes recherches je procédais de la manière suivante : Je prenais une série de liquides connus, grâce à des expériences précédentes pour former un terrain favorable au développement des organismes

(1) WIENER. *Klinik. die ferverdung des iodoformes etc.* Von Dr J. Mikulicz. Wien. 1882, p. 7.

de la putréfaction. C'était : la solution de Pasteur ; une solution de peptones ; une solution d'extrait de viande ; une solution de malt ; de l'urine alcaline ; du bouillon et du sang de bœuf frais, étendu de son volume d'eau. Ce n'est pas sans intention que j'employais plusieurs liquides, car des expériences précédentes ont prouvé que les différents liquides nutritifs artificiels se comportent différemment, non seulement vis-à-vis des organismes inférieurs, mais aussi vis-à-vis des substances antiseptiques, de sorte qu'on n'obtient qu'un résultat sans valeur lorsqu'on n'opère qu'avec un seul liquide.

Comme l'iodoforme n'est soluble qu'en faible proportion dans les liquides putrescibles nous avions à lutter contre une difficulté que n'ont pas connue les expérimentateurs qui se sont servis d'antiseptiques plus facilement solubles. Après avoir saturé d'iodoforme une quantité déterminée de chacun des liquides désignés, en le faisant repasser plusieurs fois sur un filtre chargé de cristaux, je les plaçai tous dans une étuve : un nombre correspondant d'éprouvettes contenant la même quantité de liquide sans iodoforme fut placé dans une étuve semblable à la première. J'obtins les résultats suivants : Dans quelques liquides, ceux qui n'avaient dissous qu'une faible quantité d'iodoforme, l'effet antiseptique fut nul ; dans d'autres au contraire, principalement dans le sang et dans le bouillon on constata très visiblement un retard dans le développement des germes et de la putréfaction. Il résulte de cette série de recherches que l'iodoforme absorbé par un liquide fermentescible sans qu'il y ait d'iodoforme en excès ne montre qu'un effet antiseptique faible et peu durable.

Dans une deuxième et troisième série de recherches je mis une plus grande quantité d'iodoforme en contact avec les liquides et je l'y laissai en permanence ; le résultat fut tout autre : dans la plupart des liquides, le développement des champignons fut complètement arrêté ; dans les autres il ne se développèrent que très tard et en petite quantité. Ce qu'il y a de plus remarquable c'est que dans tous les liquides, même dans ceux où il apparut quelques champignons, les phénomènes de putréfaction proprement dits manquèrent complètement et le bouillon et le sang surtout restèrent constamment inodores. Nous pouvons donc dire que l'iodoforme en excès dans un liquide a manifestement des propriétés antiseptiques et antiputrides. Cet effet obtenu suffit dans bien des cas dans le traitement des plaies, mais il en est d'autres où il serait insuffisant.

Ainsi d'après mes recherches et d'après mon expérience clinique, je puis affirmer que toutes les fois que l'iodoforme sera maintenu un certain temps en contact avec une plaie, il agira d'une façon sûre et efficace et qu'il a sur les autres antiseptiques un grand mérite, c'est de ne pas irriter les tissus. Il est donc d'un emploi précieux dans l'application directe sur les plaies de toutes sortes ; mais par contre son effet n'est pas assez rapide pour remplacer dans certains cas d'autres antiseptiques ; ainsi, par exemple, il ne saurait détrôner l'acide phénique dans la désinfection rapide des mains de l'opérateur et des instruments préparés pour l'opération. »

Nous avons aussi voulu nous rendre compte par nous-même des effets produits par l'iodoforme sur la putré-

faction de certains liquides pour la plupart empruntés à l'économie humaine. C'est en effet sur ceux là surtout qu'il est utile de connaître l'action de l'iodoforme puisque c'est eux que nous sommes appelés à rencontrer dans les plaies et non pas des liquides artificiellement préparés. En conséquence nous avons expérimenté sur les liquides suivants : lait, bouillon, salive, sang, urine, et pus. La première partie des expériences de Mikulicz, celle qui consiste à ne laisser en présence des liquides soumis à l'analyse que la quantité d'iodoforme que chacun d'eux a pu dissoudre, nous a semblé inutile à répéter tout en étant intéressante à connaître ; en effet, dans le pansement des plaies il se trouve toujours une grande quantité d'iodoforme en excès, et c'est bien plutôt cette partie de la substance non dissoute qui agit que la quantité plus ou moins minime qui peut être absorbée grâce aux liquides sécrétés à la surface de la plaie.

De plus nous avons tenu à ne faire subir à ces liquides aucun artifice de préparation avant de les soumettre à l'action de l'iodoforme, et nous les avons introduits dans nos étuves tels que nous les avons recueillis c'est-à-dire tels que nous pourrions les rencontrer dans les plaies. Comme l'évaporation nous eût bientôt mis en présence d'un résidu desséché, nous avons toujours maintenu la quantité de liquide à un niveau constant par l'addition d'eau distillée.

Deux étuves semblables dont la température, de 37 degrés centigrades en moyenne, n'a jamais dépassé 38 et n'a jamais été inférieure à 35, nous ont servi à l'expérience. Dans l'une nous avons mis les liquides

iodoformés placés dans de petits cristallisoires et couverts seulement pendant la nuit avec des verres de montre à cause de l'évaporation ; dans l'autre des quantités égales des mêmes liquides recueillis dans les mêmes conditions, et sans addition d'iodoforme. Les proportions étaient les suivantes :

Lait	0,40	cent. cub.	Iodoforme	1	gram.
Bouillon	0,40	—	—	1	gram.
Salive	0,10	—	—	0,50	centig.
Sang	0,10	—	—	0,50	centig.
Urine	0,50	—	—	1	gram.
Pus	0,10	—	—	0,50	centig.

Les résultats obtenus après 24 heures furent ceux-ci :

EXAMEN OLFACTIF :

1^o Lait. S. I. (1) La caséine est coagulée ; odeur aigre de petit lait.

2^o Lait. A. I. La caséine est coagulée ; aucune trace d'odeur, l'iodoforme seul est perçu franchement.

3^o Bouillon. S. I. Odeur encore supportable.

4^o Bouillon. A. I. On perçoit distinctement l'odeur agréable de bouillon frais et celle de l'iodoforme qu'on isole facilement.

5^o Salive. S. I. Odeur pénétrante très fétide.

6^o Salive. A. I. C'est à peine si l'on perçoit l'odeur de l'iodoforme.

7^o Sang. S. I. Odeur caractéristique de sang chaud.

8^o Sang. A. I. Odeur nulle ; l'iodoforme seul est fortement perçu.

(1) S. I. Sans iodoforme. A. I. Avec iodoforme.

9° Urine. S. I. Odeur très pénétrante, caractéristique de l'urine fétide.

10° Urine. A. I. Odeur déjà désagréable. On ne sent pas du tout l'iodoforme.

11° Pus. A. I. Le pus qui provenait d'une nécrose du tibia et qui était horriblement fétide et intolérable même à distance, peut se supporter parfaitement ; la différence est remarquable, l'odeur d'iodoforme y est nettement perçue.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

1° Lait S. I. Développement considérable de myceliums qui forment par place un véritable laseis. Bactéries.

2° Lait A. I. On n'y voit pas trace de ferments.

3° Bouillon S. I. Présence d'organismes variés ; les bâtonnets dominant, ils sont très nombreux.

4° Bouillon A. I. On en constate également, mais en proportion infiniment moindre.

5° Salive S. I. Quantité étonnante de ferments, la préparation en est littéralement couverte.

On trouve quelques cellules épithéliales de la muqueuse buccale difficilement reconnaissables.

6° Salive A. I. Pas trace de ferments ; le liquide est resté limpide. Quelques grandes cellules épithéliales transparentes et parfaitement intactes.

7° Sang S. I. Globules crénelés très pâles ; le sérum est très fortement coloré. Quantité considérable de bactéries.

8° Sang A. I. Globules crénelés ; le sérum est moins coloré. Pas de bactéries.

9^o Urine S. I. Ferments et dépôts cristallins variés.

10^o Urine A. I. Ferments et dépôts cristallins variés.
Peu de différence au profit du liquide iodoformé.

11^o Pus A. I. Quelques rares bâtonnets. Les globules de pus sont intacts, entiers; les noyaux y sont très nets.

Il résulte de ce premier examen, après 24 heures, que le sang, le pus, la salive et le lait sont parmi les liquides soumis à l'expérience, ceux où l'action de l'iodoforme a été le plus remarquable tant au point de vue désinfectant qu'au point de vue antiseptique; la salive surtout mérite avec le pus d'attirer particulièrement l'attention.

Voici un dernier examen fait après 72 heures :

1^o Lait S. I. L'odeur de petit lait augmente.

2^o Lait A. I. On ne sent que l'iodoforme.

3^o Bouillon S. I. Fortement aigri : odeur pénétrante.

4^o Bouillon A. I. Odeur de bouillon *frais* : l'iodoforme domine.

5^o Salive S. I. Excessivement fétide.

6^o Salive A. I. On ne sent que l'iodoforme.

7^o Sang S. I. Odeur intense de pourriture franche.

8^o Sang A. I. Odeur de sang chaud, mais non altéré; l'iodoforme domine.

9^o Urine S. I. Odeur très pénétrante, très fétide.

10^o Urine A. I. Odeur fétide; on ne sent pour ainsi dire par l'iodoforme.

11^o Pus A. I. L'odeur constatée précédemment se maintient; elle est toujours bien moindre qu'avant l'introduction d'iodoforme.

EXAMEN HISTOLOGIQUE.

1^o Lait S. I. Réseau considérable de mycéliums et de ferments variés; sporules couvrant toute la préparation et se trouvant au fond du liquide, tandis que les globules de beurre sont tous à la surface.

2^o Lait A. I. Quelques rares bâtonnets, quelques sporules isolées qu'il faut chercher; pas de myceliums.

3^o Bouillon S. I. Bactéries partout en quantité considérable.

4^o Bouillon A. I. Quelques bactéries par places, il faut les chercher.

5^o Salive S. I. Le liquide est très trouble. Quantité considérable de microbes; les bactéries sont en moins grand nombre. On ne trouve plus que des amas granduleux résultant de la transformation des cellules, plus de contours, plus de noyaux.

6^o Salive A. I. Le liquide est limpide. Quelques rares bactéries, encore moins de microbes, il sont souvent réunis à deux ou à trois. Les cellules sont encore reconnaissables, mais commencent à s'altérer; le noyau et les contours sont encore nets, mais le contenu devient granuleux, les lignes d'empreintes ont disparu.

7^o Sang S. I. Globules de plus en plus altérés; sérum très foncé; cristaux, organismes inférieurs variés et très nombreux agités de mouvements incessants.

8^o Sang A. I. Le sérum est moins coloré; les globules sont plus reconnaissables. Cristaux nombreux en forme de pyramide triangulaire. A peine quelques bâtonnets sans mouvement.

9^o Urine. S. I. Quelques grands filaments assez comparables pour la forme à des fibres élastiques fines ; bâtonnets nombreux animés de mouvements. Microbes en grande abondance, pas de cellules épithéliales.

10^o Urine. A. I. On retrouve les filaments précédents ; pas de bâtonnets ; quelques microbes ; on trouve des cellules bien conservées.

11^o Pus. A. I. Les globules sont intacts, les noyaux sont toujours apparents ; les bactéries semblent moins nombreuses qu'au premier examen ; celles qu'on y rencontre sont tout à fait inertes.

Enfin un dernier examen olfactif fait 96 heures, c'est-à-dire quatre jours après le début de l'expérience nous a confirmé en les accentuant les résultats obtenus dans l'examen précédent.

Il résulte de ces essais que les propriétés désinfectantes de l'iodoforme sont des plus appréciables et incontestables, qu'elles se continuent plus longtemps sans le renouvellement de la substance que les propriétés antiseptiques. Il est cependant un des liquides observés, l'urine, sur lequel l'action désinfectante s'est montrée moins nette que sur les autres. Quant aux propriétés antiseptiques, tout en étant moins absolues puisque nous avons vu apparaître quelques ferments dans les liquides qui n'exhalaient aucune odeur de putréfaction, elles sont cependant mises hors de doute, et les quantités minimales d'iodoforme que nous avons employées suffiraient à justifier ce résultat. Quoiqu'il en soit, il est permis de conclure que l'iodoforme entrave le développement des germes.

Comme complément de cette étude de l'action de l'iodoforme sur les liquides organiques, nous trouvons dans les archives de clinique chirurgicale de Langenbeck (1) une série d'expériences faites par Wolfler et Paneth sur des animaux dans le but de démontrer l'innocuité en présence de l'iodoforme de liquides habituellement septiques. Ces expérimentateurs opéraient de la manière suivante :

Chez des lapins de poids déterminé on isolait la trachée et à l'aide d'une seringue de Pravaz on y injectait une certaine quantité (d'une 1/2 seringue à 3 seringues) de divers liquides tels que lait, vin, solution de chlorure ferrique et acide phénique ; puis de la salive, du sang de bœuf et divers autres liquides en voie de putréfaction. Les résultats obtenus furent les suivants :

Les injections de vin, de lait et d'urine frais, ne produisirent aucun effet nuisible et on ne constata pas dans le poumon des animaux sacrifiés au bout de 6 ou 8 jours, la plus petite trace d'inflammation ; les recherches de Perl et de Lippmann (2) avaient déjà prouvé du reste que l'injection intra-pulmonaire de sang frais était sans effet sur l'organisme.

Sur six animaux auxquels on avait injecté du sang corrompu additionné d'iodoforme, cinq ne manifestèrent aucun malaise ; le sixième mourut au bout de quatre jours sans que l'autopsie ait pu faire connaître la cause de la mort.

(1) Archiv für Klinische chirurgie von Langenbeck. Berlin, 1882, page 438.

(2) Virchow's archiv 1870. Bd. LI. S. 552.

Les cinq premiers furent sacrifiés après deux, trois et quatre jours. Chez tous sans exception le poumon avait un aspect absolument normal et en tout comparable à celui d'animaux n'ayant été soumis à aucune expérimentation. Les lapins ayant servi à la contre-expérience et aux quels on avait injecté de ces mêmes liquides putréfiés sans addition d'iodoforme succombèrent tous à une pneumonie septique dans un court espace de temps variant entre quelques heures et quelques jours.

Ces expériences, comme on le voit, sont de la plus haute importance et particulièrement édifiantes; elles démontrent de la façon la plus claire l'action antiseptique de l'iodoforme qui en moins de quatre jours a rendu complètement inoffensifs des liquides en pleine putréfaction.

CHAPITRE III

Des plaies cavitaires en particulier.

1^o PLAIES DE LA CAVITÉ BUCCALE.

Les considérations que nous avons déjà émises sur les plaies cavitaires en général nous dispenseront jusqu'à un certain point de trop de détails au sujet des accidents qui peuvent se produire dans les plaies de la bouche. Nous n'insisterons plus sur les phénomènes de résorption putride ou purulente se produisant au niveau des plaies et surtout des fractures de la mâchoire inférieure; n'oublions pas cependant que la déglutition vient ici pour une grande part ajouter encore au danger de la résorption par la plaie elle-même. Tout depuis bien longtemps déjà avait été mis en œuvre pour éviter ces accidents : pansements anti-septiques variés, lavages incessants, injections répétées coup sur coup; mais si par ces moyens on arrivait à enlever momentanément à une plaie sa mauvaise odeur on ne mettait pas toujours l'organisme à l'abri de l'infection.

Cependant le danger signalé, les essais nombreux de

désinfection se répétaient tous les jours, et devaient tôt ou tard conduire à un résultat satisfaisant. Déjà le drainage de la cavité buccale et l'emploi de substances antiseptiques laissées à demeure étaient un progrès considérable sur les lavages intermittents; c'est le permanganate de potasse qui avait été employé en particulier. Mais l'action caustique de ce médicament en solution concentrée rendait son usage difficile et dangereux même; aussi les tampons qui en étaient imbibés n'étaient-ils pas toujours tolérés. Ils provoquaient une irritation redoutable; c'est ce qui ressort en partie d'un mémoire publié par un chirurgien viennois Wœfler (1) dans le quel l'auteur tout en se louant de ce procédé le rejette cependant en présence des succès trop éclatants obtenus par l'iodoforme : c'est ce qui devait naturellement arriver.

Les avantages du pansement iodoformé dans les plaies de la bouche sont en effet considérables, et malades et médecins ne peuvent que se féliciter de son emploi. Il réunit à lui seul toutes les conditions favorables à une prompte cicatrisation : Simplicité extrême du pansement en lui-même, rareté des lavages de la bouche, absence de complications phlegmoneuses, disparition des pneumonies septiques, suppression des accidents de résorption putride et disparition complète de toute odeur fétide, voilà les résultats de l'emploi de l'iodoforme dans les plaies de la bouche.

Pour ce qui est de l'intoxication plus facile que pour-

(1) Archiv für klinische chirurgie, T. 27, p. 418. 1882.

rait occasionner la déglutition de l'iodoforme en nature, ce danger disparaît si l'on prend les précautions recommandées, soit d'employer des tampons de gaze préparée, soit d'envelopper soigneusement les cristaux que l'on place sur la plaie, et si surtout l'on a soin de n'employer que des doses modérées. C'est en prenant ces précautions que Bilroth put traiter par l'iodoforme une plaie résultant de l'extirpation d'une amygdale cancéreuse. Une fois par jour on insufflait de la poudre d'iodoforme sur la plaie et le malade fut renvoyé au bout de six jours. Chez un autre malade, Wœlfler, dans le service de Bilroth, enleva avec le thermo-cautère une tumeur caverneuse siégeant sur la paroi latérale gauche de la bouche ; il survint une extrême salivation accompagnée d'une odeur infecte. On plaça dans la bouche des tampons de gaze iodoformée qui furent renouvelés tous les jours ; le second jour toute odeur avait disparu et la guérison complète ne se fit pas attendre.

Ces mêmes inconvénients (odeur et salivation) se produisent souvent dans les cas de restauration de la lèvre inférieure à la suite d'épithéliomas. Les cas que nous avons pu observer dans le service de M. le professeur Gross et qui furent traités par des tampons iodoformés, nous ont prouvé de la façon la plus péremptoire les avantages remarquables de ce mode de traitement.

Nous allons résumer aussi brièvement que possible trois des cas que nous avons vus.

OBSERVATION I. — *Epithélioma de la lèvre inférieure du côté droit.*

Le nommé T..., âgé de 68 ans, portait depuis une dizaine d'années au moins, à la lèvre inférieure, du côté droit, un petit tubercule absolument indolent, auquel il ne prêta pas beaucoup d'attention. Ce tubercule resta stationnaire jusqu'il y a un an environ. A partir de cette époque, il augmenta de volume à la suite d'une échappée de rasoir qui le sectionna. Le malade avait l'habitude de fumer dans une pipe en terre à tuyau très court, mais indistinctement placée à droite ou à gauche de la bouche. Cette excroissance n'a jamais été douloureuse.

Etat actuel. — On trouve à la partie externe de la lèvre inférieure et à droite, en dedans et au-dessous de la commissure une surface ulcéreuse, irrégulièrement bosselée de la dimension d'une pièce d'un franc et recouverte par ci par là, de petites croûtes desséchées. La face interne de la lèvre, au point correspondant, présente également des bosselures, le néoplasme s'étend jusqu'au bord libre de la lèvre. Pas d'engorgements ganglionnaires.

Opération. — La tumeur est enlevée au bistouri par deux incisions en V qui la circonscrivent. On rapproche les deux lèvres de la plaie par trois épingles à suture et quelques fils de soie ; mais l'ouverture de l'orifice buccal se trouvant considérablement rétréci, on fait, pour y remédier, une incision prolongeant la commissure labiale. Des épingles y sont placées et réunies par une suture entortillée. On place ensuite entre la lèvre inférieure et l'arcade dentaire un tampon de gaze iodoformée. Le lendemain on retire les épingles et on maintient les deux lèvres de la suture par deux bandelettes de tarlatane collodionnée, rapprochées à l'aide d'un fil de caoutchouc. La réunion est obtenue, par première intention, sans fièvre, et la désinfection est complète. On renouvelle le pansement au bout du quatrième jour et le malade sort guéri le onzième.

OBSERVATION II. — *Epithélioma de la lèvre inférieure (côté gauche).*

Il y a 12 ans, le nommé X..., âgé de 62 ans, vit apparaître au-dessous du bord libre de sa lèvre inférieure et à gauche, un petit bouton qu'il écorcha sans y prendre garde ; ce bouton ne fit que grandir, et, depuis quelques mois son évolution a été très-rapide.

Etat actuel. — Au-dessous du bord libre de la lèvre inférieure, surface ulcérée un peu plus grande qu'une pièce d'un franc. Induration, la mu-

queuse est adhérente et bosselée. Pas d'engorgement ganglionnaire. Extirpation le 30 juin. On réunit les lèvres de la plaie par trois épingles à sutures. On place comme précédemment entre la lèvre et le maxillaire, dans le repli gengivo labial un tampon de gaze iodoformée. Le lendemain, 1^{er} juillet, on retire les épingles et on maintient le rapprochement par de la tarlatane collodionnée. Le même pansement est laissé pendant trois jours. On fait une injection au permanganate le quatrième jour, plutôt en vue d'un lavage mécanique destiné à entraîner les débris organiques accumulés dans la bouche, qu'en vue d'une désinfection proprement dite. Puis on renouvelle le tampon iodoformé. Pas d'odeur dans la suite. Réunion par première intention. Le malade est abandonné sept jours après l'opération.

OBSERVATION III. — *Epithélioma de la lèvre inférieure (côté gauche).*

X... , 53 ans. — Début il y a deux ans par un petit tubercule que le malade écorche souvent par mégarde ; la tumeur augmente sans cesse, mais lentement. Quelques élancements douloureux.

Etat actuel. — Surface ulcérée irrégulière, anfractueuse, recouverte de croûtes, limitée par un bourrelet dur et saillant, induration de toute l'épaisseur de la lèvre, le plus grand diamètre de la tumeur mesure quatre centimètres. Ganglion induré. Extirpation avec autoplastie, le 27 juin. Anesthésie par le chloroforme. Pulvérisation à l'acide phénique pendant l'opération. Après avoir enlevé la tumeur par deux incisions la circonscrivant à un demi-centimètre environ en dehors de ses limites. On place quelques ligatures au catgut ; puis on prolonge de chaque côté de quelques centimètres la fente labiale par des incisions libératrices et on restaure la lèvre par le procédé de Dieffenbach. On réunit les lambeaux par onze épingles à suture. On place une petite compresse de gaze iodoformée, entre la lèvre et les gencives et on saupoudre d'iodoforme les surfaces affrontées ; on recouvre le tout de quelques compresses et d'un peu de coton maintenu par un bandeau. — 28 juin. On enlève 8 des épingles et on applique des bandelettes de tarlatane collodionnée. Pas de fétidité de l'haleine ; pas de suppuration. — 29 juin. On enlève les trois dernières épingles. Etat local et général excellent. — Le 2 juillet, on renouvelle le pansement. Pas de fétidité. Les deux petites solutions de continuité triangulaires résultant de l'écartement des deux lambeaux suppu-
rent encore un peu ; partout ailleurs la réunion se fait bien. On nettoie

les jours suivants la plaie extérieure avec de l'eau tiède, dans le but d'enlever les croûtes qui la recouvrent. — 15 juillet. La lèvre est bien restaurée, sans difformité. Les petites plaies triangulaires sont en voie d'oblitération. Pas de suppuration. Pas de fétidité de l'haleine. Le malade quitte l'hôpital, mais sa présence n'y était plus nécessaire depuis quelques jours déjà.

Mais où le danger de ces plaies intrabuccales est surtout à craindre, et menace d'infection pour ainsi dire d'une façon continue les malades qui en sont atteints, c'est dans les cas de fracture compliquée du maxillaire inférieur.

Rien de plus fréquent que de voir le pus stagnant et se décomposant entre les deux fragments, provoquer une infection purulente qui enlève rapidement le malade. Si, grâce au pansement de Lister la pyohémie a pu être souvent prévenue dans les plaies des membres et du tronc, il n'en a pas été de même pour les plaies des différentes cavités, et en particulier les fractures compliquées communiquant avec ces cavités.

L'iodoforme sous ce rapport, apporte, grâce à son emploi facile et ses propriétés antiseptiques et antiputrides, les modifications les plus importantes et les plus heureuses. Nous n'avons pas trouvé de publications ayant trait à une fracture compliquée du maxillaire inférieur traitée par l'iodoforme ; aussi ne pouvons-nous résister au désir de rapporter l'observation suivante que nous avons eu l'occasion de recueillir dans le service de M. le professeur Gross. On y verra l'évolution de la lésion rendue d'une bénignité remarquable par l'emploi de la gaze iodoformée, la disparition de l'odeur fétide qu'exhalent

toujours les plaies de ce genre, l'absence totale de réaction fébrile et la suppression absolue de toute décomposition des liquides intrabuccaux.

OBSERVATION. — *Exostose du côté gauche du maxillaire inférieur, — Extirpation par la voie intrabuccale. — Guérison.*

Le nommé X..., âgé de 29 ans, grand et fort campagnard, d'excellente santé habituelle, sans antécédents du côté des ascendants et des collatéraux, vit apparaître il y a cinq ans au côté gauche de son maxillaire inférieur un peu en avant de l'angle formé par l'union du corps avec la branche montante de cet os une petite tumeur dure, indolente, adhérente à l'os et environ du volume d'un pois. Cette tumeur s'accrut peu à peu ; il y a un an environ le malade ayant consulté un médecin, celui-ci fit une ponction exploratrice qui ne donna issue à rien, pas même à du sang, selon l'expression même du malade.

La tumeur continuant à s'accroître, le malade entre à l'hôpital.

Etat actuel. — 30 avril 1882. On trouve appendue à la table externe du maxillaire inférieur du côté gauche de cet os, une tumeur du volume d'un gros œuf de poule, située en avant de l'angle du maxillaire ; elle est d'une consistance très dure, la peau qui la recouvre n'y est pas adhérente. Les dents manquent dans toute la portion de l'os occupée par la tumeur. La table interne de l'os est absolument libre et normale. Le diagnostic enchondrome est porté. Voulant s'assurer de la consistance de cette tumeur, M. le professeur Gross essaie d'y pratiquer une ponction exploratrice, mais n'y peut parvenir ; le trocart se refuse à y pénétrer. Le diagnostic se modifie alors en celui d'ostéome.

Ablation de la tumeur le 4 mai 82. On fait une incision longitudinale parallèle au bord alvéolaire ; la muqueuse gengivale est réclinée et on tombe directement sur la tumeur. On l'entame à grand peine à l'aide de la gouge et du maillet. La plus grande partie de la tumeur enlevée, on voit sa surface d'implantation limitée par une ligne blanchâtre. On a raison des dernières parties de la tumeur tantôt avec les ciseaux tantôt avec la gouge. Mais, malgré toutes les précautions prises il se produit à un moment donné sous les yeux de l'opérateur une fracture du maxillaire inférieur se traduisant par un déplacement subit de l'arcade dentaire inférieure. L'artère dentaire blessée dans la fracture donne une hémorrhagie assez abondante. L'extirpation terminée, on place entre

l'arcade dentaire et la joue plusieurs tampons imbibés d'eau de Pagliari, puis on immobilise le maxillaire inférieur à l'aide d'un bandage approprié.

Le lendemain (5 mai) l'odeur exhalée par la bouche du malade est très fétide. On retire le coton au Pagliari et l'on fait des injections d'eau phéniquée. On termine en introduisant dans la plaie de petits tampons de gaze recouverts de poudre d'iodoforme. L'état général est aussi bon que possible.

(6 mai). Le matin l'odeur infecte qu'exhalait la veille la bouche du malade, a complètement disparu. On renouvelle le même pansement. Pas de réaction fébrile.

(10 mai). On remplace les tampons iodoformés par de nouveaux ; on complète la désinfection par l'injection intrabuccale d'une solution de permanganate de potasse au 2/100 ; le liquide sort sans que sa coloration soit nullement altérée.

(16 mai). Le pansement à l'iodoforme a été interrompu pendant deux jours ; la suppuration a reparu abondamment et avec elle l'odeur infecte du début. Lavage au permanganate de potasse ; la solution sort décolorée d'une façon remarquable. On revient à l'iodoforme et on refait le même pansement que précédemment.

(20 mai). Presque plus de suppuration. L'odeur a complètement disparu.

On continue l'iodoforme qu'on renouvelle tous les trois ou quatre jours et le 15 juin la cicatrisation est complète sans que l'odeur ait reparu, sans qu'on ait constaté la moindre réaction fébrile. Le malade quitte l'hôpital.

Les faits enregistrés dans cette observation sont à la fois trop simples et trop éloquents pour qu'ils aient besoin de commentaires. La réapparition de l'odeur fétide au moment de l'interruption du traitement, et la décoloration d'une solution de permanganate, en l'absence de l'iodoforme, par les liquides de la plaie intra-buccale, la disparition presque instantanée de l'odeur quand on reprend le traitement, et l'absence de décoloration du

permanganate quand l'iodoforme est repris montrent suffisamment le rôle joué par le médicament pour qu'il soit inutile d'y insister.

S'il est une lésion fréquente dans la cavité buccale, c'est certainement celle décrite sous le nom de cancer de la langue et du plancher de la bouche. Si, de plus, une intervention hâtive et une extirpation aussi prompte que possible avant un envahissement considérable, placent le malade dans les conditions les plus favorables pour sa guérison, il n'en est pas moins vrai que bien souvent, et malgré toutes les précautions, les espérances du chirurgien sont trompées et les malades emportés par une intoxication putride d'une rapidité souvent effrayante. Ceci nous rappelle un cas que nous avons observé l'an dernier dans le service de M. le professeur Michel : Il s'agissait d'un infortuné confrère porteur d'un épithélioma de la langue qui avait provoqué l'engorgement des ganglions sous-maxillaires à droite. L'ablation totale des parties malades fut pratiquée par notre maître avec toute l'habileté qu'on lui connaît ; des tubes à drainage assuraient l'écoulement parfait des liquides, les injections intra-buccales ne firent pas défaut. Malgré toutes ces mesures le malade succomba en quelques jours à une intoxication aiguë.

Aujourd'hui, ces accidents seraient-ils encore à craindre, et l'iodoforme aurait-il des propriétés telles qu'il puisse les prévenir ou même les enrayer ? S'il est d'un emploi si facile et si bien toléré dans la bouche, pourrait-il nous mettre à l'abri de cette forme de pneumonie si fréquente qu'on attribue à la déglutition des matières

putrides ? L'expérimentation clinique semble donner raison à ces prévisions et justifier ces espérances.

Nous avons vu que Panneth expérimentant sur des animaux a, par l'injection du sang en voie de putréfaction dans la trachée d'un animal provoqué dans le poumon une inflammation interstitielle des plus graves, tandis que le même sang mélangé à l'iodoforme était absolument inoffensif. Les observations suivantes publiées par Voelfer (1) semblent confirmer au lit du malade ce que Panneth a constaté par l'expérimentation.

° Nous ne voudrions pas fatiguer le lecteur par la narration détaillée de 17 observations ayant entre elles beaucoup d'analogie, puisqu'il s'agit presque toujours de la même affection ; du reste le manuel opératoire nous importe peu et ce n'est qu'au point de vue du pansement après l'opération et de la marche de la cicatrisation qu'elles nous offrent de l'intérêt et qu'elles apportent à notre petit édifice leur contingent de matériaux. Nous ne ferons donc que citer les résultats sans entrer dans les détails de l'affection et de l'opération.

N° 1. — Extirpation chez une femme de 62 ans de la moitié droite de la langue et de la partie avoisinante du plancher de la bouche après ligature de l'artère linguale droite. Perforation du plancher en vue de l'installation d'un drainage abondant. — Remplissage de la cavité buccale avec de la gaze iodoformée. L'affection se termine sans fièvre. — Guérison au bout de 20 jours. Par pré-

(1). Archiv für Klinische Chirurgie herausgegeben, von Langenbeck (Berlin 1882), p. 419.

caution on a chargé chaque jour la gaze iodoformée, mais c'était inutile comme l'ont montré les cas suivants.

N° 2. — Extirpation chez un homme de 58 ans de la moitié droite de la langue et de la partie du plancher buccal y attenant sans ligature préalable de l'artère linguale. Pas de perforation du plancher. On remplit la cavité de la plaie avec des tampons de gaze iodoformée. Guérison sans fièvre après 11 jours.

N° 3. — Extirpation de la moitié antérieure de la langue et de la moitié correspondante du plancher de la bouche sans ligature préalable de l'artère linguale chez un malade de 60 ans. Pas de perforation du plancher. — Traitement par la gaze iodoformée. Le malade est abandonné après 16 jours. Guérison sans fièvre.

N° 4. — Amputation de toute la langue après la ligature des deux artères linguales. Pas de drainage, pas de perforation du plancher. — Gaze iodoformée dans la plaie de la bouche et sur les plaies de ligatures. Guérison après 6 semaines. Le malade était syphilitique de longue date, âgé de 55 ans, et porteur depuis 9 mois d'une ulcération cratériforme de la langue.

N° 5. — Extirpation de la moitié droite de la langue et de la moitié droite du plancher buccal après ligature de la linguale droite chez un malade âgé de 41 ans. Extirpation de ganglions lymphatiques. Ligature de la veine jugulaire interne, des artères et veines thyroïdiennes supérieures. Lavage de la plaie. Introduction d'un drain depuis la plaie du cou résultant de l'extirpation des ganglions, jusqu'au plancher de la bouche. Toutes les surfaces cruentées sont recouvertes de gaze

On enlève le drain le 11^e jour. Température : 40,4 sans cause appréciable. Le lendemain, la température est normale jusqu'au 37^e jour après l'opération où le malade sort guéri.

N^o 15. — Extirpation de la moitié droite de la langue et du plancher de la bouche. Ligature de la linguale droite. Pas de drainage, pas de fièvre. Le malade est abandonné le 12^e jour avec une plaie bourgeonnante.

N^o 16. — Extirpation d'un carcinome plus gros qu'une noix, siégeant sur la partie antérieure de la langue après ligature préalable de la linguale gauche chez un homme de 46 ans. Pas de fièvre ; guérison après 12 jours.

N^o 17. — Extirpation d'un cancer ulcéré de la moitié droite du plancher buccal et des gencives du même côté, chez une femme de 65 ans. Pas de ligature préalable. La plaie profonde et anfractueuse est remplie de gaze iodoformée. Le premier pansement n'est renouvelé que le 8^e jour pour n'être plus remplacé. Pas de fièvre. La malade sort le 9^e jour.

Dans cette série de dix-sept opérés, dont le plus jeune avait 41 ans et le plus âgé 75 ans, nous trouvons comme âge moyen, 62 ans et demi, et comme durée moyenne de la cicatrisation de la plaie depuis l'opération jusqu'à la sortie de l'hôpital, 20 jours. Si l'on considère l'énormité de la plupart de ces traumatismes, dont les plus considérables furent pratiqués chez des vieillards débilisés et d'un âge très avancé, on est véritablement surpris de la bénignité des suites d'opérations aussi graves qui se terminent sans la moindre complication par une guérison souvent aussi rapide qu'inespérée.

Une seule fois sur dix-sept cas le pansement a été renouvelé avant le 8^e jour après l'opération ; c'était de plus sur le premier opéré, alors que l'expérience n'avait pas encore appris au chirurgien l'inutilité de ce changement. Une seule fois également, et pendant un seul jour, la température s'est élevée à 40°,4 pour redevenir, dès le lendemain, absolument normale. Dix fois sur dix-sept on n'a pas établi de drainage de la cavité buccale, par la perforation du plancher ; ce n'est guère que lorsque la plaie des ligatures se trouvait communiquer avec la plaie résultant de l'extirpation du néoplasme qu'on a mis à profit cette communication pour y placer un drain.

PLAIES DE LA CAVITÉ PLEURALE.

Il arrive souvent dans l'empyème que les liquides qui séjournent dans la cavité pleurale à cause des difficultés de leur écoulement, passent aisément à la putréfaction. Il était donc de la plus grande utilité, de trouver un pansement qui remplit les conditions d'une antiseptie assurée, et que de plus, ce pansement put être longtemps prolongé sans aucun risque pour le malade ; car dans ces cas, c'est surtout d'une septicémie lente qu'il s'agit et non d'une intoxication aiguë. L'essai de l'application du pansement iodoformé à l'empyème a été fait en Allemagne cette année. Nous n'avons pu trouver que deux cas, publiés en 1882 et un seul en 1881 (1).

Les deux observations publiées en 1882 dans *Berliner Klinische Wochenschrift* n° 7, par Ottomar Rosenback

Berliner Klinische Wochenschrift, 1881, n° 47.

de Breslau sont seules exposées avec détail et peuvent servir à nous enseigner les effets de l'iodoforme en pareil cas.

Le traitement, d'après l'auteur, aurait fait merveille.

OBSERVATION I — Il s'agit d'une femme de 38 ans, mère de huit enfants, qui, après un accouchement difficile (jumeaux et *placenta praevia*) ayant nécessité une intervention, contracta une pleurésie droite avec épanchement; la prostration était grande, la dyspnée intense et la température élevée. Une première ponction avait été faite déjà avant que la malade ne tombât entre les mains de Rosenback. Celui-ci ponctionnant de nouveau le thorax à la partie postérieure, en retira 100 cent. cub. environ d'un liquide purulent très fétide. Il n'était plus douteux qu'on eût affaire à une pleurésie putride enkystée, occasionnée par une embolie pulmonaire. Une opération radicale était indiquée, afin d'éviter la décomposition ultérieure de la partie nécrosée du poumon. Le lendemain de cette ponction survinrent à gauche les signes d'une pleurésie sèche. L'opération fut néanmoins pratiquée à l'aide d'une incision de 5 centimètres de long dans le cinquième espace intercostal. Écoulement d'une petite quantité de sérosité fétide. Le doigt introduit dans la cavité la trouve tapissée par une masse spongieuse. En déchirant ces faibles adhérences, on arrive dans une autre poche remplie d'un pus fétide. Après désinfection et lavage de la cavité avec l'acide phénique, on y place deux drains de la grosseur du petit doigt, longs de 12 centimètres et on fait un pansement avec de la ouate salicylée recouverte de jute. L'état de la malade s'améliora d'abord, mais bientôt les injections nombreuses et répétées ne furent plus suffisantes pour conjurer la putréfaction; ajoutez encore à cela la survenance d'une fistule bronchique, à travers laquelle les liquides injectés allaient dans les voies respiratoires causer des désordres de dyspnée.

On laissa alors l'acide phénique, et on eut recours à l'iodoforme qui semblait devoir remplir toutes les indications. On introduisit dans la cavité pleurale de 5 à 8 grammes d'iodoforme en poudre, soit en l'y versant directement soit en l'insufflant par les tubes à drainage. Les suites de ce traitement furent vraiment remarquables et inespérées: au bout de quelques jours toute odeur fétide avait disparu, la sécrétion considérablement diminué et 15 jours après la guérison était en bonne

voie et la malade pouvait quitter son lit. La pleurésie gauche qui était restée séreuse sans devenir purulente se résorba à son tour au même moment. Lorsqu'on retira les drains la fistule se ferma rapidement, et la durée totale de la maladie fut de douze semaines. Le poumon gauche a repris l'intégrité de ces fonctions.

OBSERVATION II. — Le deuxième cas tiré de la pratique du docteur Simon a trait à une femme de 28 ans, mal nourrie habitant une cave humide et mal aérée et qui comme la malade précédente fut prise de pleurésie après un accouchement. Malgré tout traitement, la malade est très affaiblie : la fièvre est intense, les sueurs abondantes, les accès de toux fréquents. Au bout de trois semaines une ponction exploratrice donne issue à un liquide franchement purulent. L'opération radicale est proposée à la malade qui s'obstine à la refuser pendant quinze jours. On la pratique enfin dans les mêmes conditions que précédemment; cependant les précautions anti-septiques ne purent être minutieusement prises. Les suites furent bonnes d'abord en apparence; mais au bout de quinze jours la sécrétion pleurale était devenue très fétide et le pus avait pris une couleur bleue très accentuée. On eut alors recours au pansement iodoformé et après quelques jours l'odeur du pus et sa couleur bleue avaient complètement disparu. A partir de ce moment la guérison suivit son cours et, dix semaines après l'opération, la malade pouvait quitter son lit. Dans les premiers temps, on avait appliqué journellement de 2 à 3 grammes d'iodoforme; plus tard on ne le faisait plus que tous les 5 ou 8 jours et le pansement n'était renouvelé que quand il était traversé par le pus. Il se composait simplement de jute maintenue avec une bande de gaze que l'entourage de la malade renouvelait quand cela était devenu nécessaire.

Rosenbach ne craint pas après ces deux cas de recommander toujours l'emploi de l'iodoforme dans l'empyème. L'application du pansement est en effet au moins aussi facile que les injections, et l'action contre la putridité est de beaucoup supérieure. En effet, nous avons vu que c'est seulement après que les injections phéniquées avaient échoué en partie qu'on s'est adressé à l'iodoforme

qui n'avait certes pas, qu'on nous pardonne l'expression, aussi beau jeu que son adversaire en arrivant dans un milieu déjà infecté, et contre lequel l'acide phénique avait été impuissant. L'emploi de l'iodoforme est d'autant plus indiqué ici qu'il favorise la production des granulations en empêchant la décomposition des liquides dans la cavité pleurale : il a un double effet, par conséquent.

L'auteur recommande aussi de renouveler le pansement journallement pendant la première semaine après l'opération en employant de 3 à 4 grammes d'iodoforme ; puis plus tard seulement deux ou trois fois par semaine en diminuant graduellement la quantité de substance employée. Pour l'introduire dans la plaie, on se sert tout simplement d'une cuiller ; puis les drains enduits de vaseline iodoformée sont mis en place et maintenus par une couche d'ouate iodoformée recouverte de jute et de quelques tours de bande.

Rosenback n'a pas observé de phénomènes d'intoxication, et il l'attribue avec raison certainement aux quantités modérées de produit employées et à l'écoulement des liquides. Dans les cas d'empoisonnement observés jusqu'ici, on bourrait littéralement la plaie d'iodoforme ; aussi devra-t-on déposer ou insuffler le médicament dans la cavité pleurale sans exercer aucune pression qui pourrait favoriser la résorption.

PLAIES COMMUNIQUANT AVEC LA CAVITÉ PÉRITONÉALE.

Il a été publié peu de cas de plaies intéressant la cavité péritonéale traitées par l'iodoforme. Il est à remar-

quer que dans ces cas on ne peut pas attendre de l'iodoforme les avantages qu'on se plaît à constater ailleurs. En effet, l'importance capitale dans une opération mettant à découvert le péritoine, réside bien plutôt dans les précautions d'antisepsie à prendre avant et pendant l'opération elle-même qu'après que la plaie a été suturée et la communication avec l'extérieur supprimée.

Le pansement quel qu'il soit ne peut donc avoir une grande influence sur la guérison, puisqu'au moment où il est appliqué le sort en est pour ainsi dire jeté sur l'infection de l'organisme, si toutes les précautions, tous les soins n'ont pas été apportés dans la désinfection des instruments, des mains de l'opérateur, en un mot de tout ce qui doit entrer en contact avec le péritoine, y compris l'air ambiant.

Il est cependant des cas où, en dehors du pansement proprement dit après l'opération, l'iodoforme pourra être d'une grande utilité; c'est dans ceux où l'on abandonne dans la cavité péritonéale des surfaces de section considérables. Bilioth a attiré l'attention sur la gravité des inconvénients dus à l'accumulation dans les parties déclives des sérosités ou suintements de tous genres qui peuvent se faire à la surface des parties cruentées; l'altération consécutive de ces épanchements détermine une auto-infection dont les conséquences fâcheuses sont pour ainsi dire inévitables. Le chirurgien se trouve du reste très désarmé contre ces épanchements, et le drainage et la compression sont souvent inapplicables.

Or en saupoudrant légèrement de poudre d'iodoforme ces surfaces saignantes ou seulement en les épongeant

avec de la gaze fortement iodoformée de façon à ce qu'elle abandonne une certaine quantité du produit, Bilroth a obtenu quelques heureux résultats et a pu conjurer ainsi en partie le danger énoncé plus haut.

Le docteur Veillard (1) publie quatre cas d'ovariotomie empruntés au docteur Leoschin professeur de chirurgie à Kasan, à savoir : trois kystes proliférants et un kyste dermoïde. Cette communication basée sur un petit nombre de cas semble cependant suffisamment justifiée par l'absence complète de manifestations d'intoxication générale.

La quantité d'iodoforme introduite dans le corps de chacune des opérées ne fut pas déterminée d'une manière précise ; à deux reprises, le tronçon du pédicule de l'ovaire fut recouvert de cette poudre ; la première fois aussitôt après l'amputation du kyste, la deuxième fois après la toilette du péritoine. Dans chacun des cas la quantité d'iodoforme employée fut suffisante pour recouvrir sous une épaisse couche de poudre toute la surface de section du pédicule ainsi que les ligatures. On saupoudra également d'iodoforme toute la superficie de la paroi abdominale, de l'épiploon et de la masse intestinale dont les adhérences avaient été détruites, bref toutes les parties du péritoine mises en contact des doigts ou des instruments. Chaque ligature en fut recouverte ainsi que la plaie extérieure préalablement suturée. Le pansement fut complété par des morceaux de gaze de Lister, un grand coussin de Neuber et une grosse

(1) *Annales de gynécologie*, avril 1882.

éponge désinfectée destinés à exercer une puissante pression.

Sur ces quatre ovariectomies, trois fois la maladie se passa sans aucun accident et sans aucune réaction fébrile et la plaie se cicatrisa sous un pansement unique qui fut remplacé par un simple bandage de diachylon au 16^e, 17^e et 20^e jour.

Lorsqu'on levait le pansement il s'exhalait une forte odeur d'iodoforme et sur la cicatrice linéaire on trouvait encore une assez grande quantité de poudre. Dans un de ces trois cas l'opération fut très laborieuse. Un kyste de grosseur moyenne, suppuré, avait contracté des adhérences avec les parties voisines sur presque toute sa superficie. On dut sectionner un grand nombre d'adhérences et en faire la ligature. Lors de la ponction du kyste avec le trocart de Spencer Wells, la paroi du kyste extraordinairement friable se déchira, et on ne put empêcher qu'une assez grande quantité du liquide purulent du kyste ne se répandît dans la cavité abdominale. Aussi dut-on nettoyer très soigneusement cette cavité avec des éponges phéniquées et employer beaucoup d'iodoforme. Dans le quatrième cas d'ovariectomie la malade fut atteinte de périmétrite ; elle est encore actuellement en traitement (32 jours après l'opération du kyste dermoïde).

PLAIES DES CAVITÉS UTÉRINE ET RECTALE.

Les plaies de la cavité utérine ne sont pas à beaucoup près aussi fréquentes que celles observées dans les autres cavités que nous venons de passer en revue ; aussi

leur histoire est-elle peu féconde en faits instructifs, et l'étude de l'iodoforme dans ces plaies est-elle encore à l'état d'embryon. On s'est servi de l'iodoforme après l'accouchement pour la désinfection de l'utérus ; on l'a employé aussi dans un double but de désinfection et d'analgésie locale dans quelque cas de cancers ulcérés douloureux du col ; mais en fait de plaies opératoires faites sur les organes génitaux utérus et vagin traitées par l'iodoforme, nous trouvons actuellement dans la science peu de faits publiés y ayant trait.

Mikulicz seul (1) seul dans la revue hebdomadaire de Berlin rapporte cinq cas d'extirpation totale de l'utérus par la cavité vaginale où il a fait usage du pansement à l'iodoforme. Encore ne fait-il que les citer pour mémoire en promettant les détails dans une publication ultérieure. Les soins consécutifs consistaient tout simplement à tamponner la plaie ainsi qu'une partie du vagin avec de la gaze iodoformée.

Les tampons introduits restèrent en place pour la plupart pendant plus d'une semaine ou ne furent changés que superficiellement, c'est-à-dire ceux seulement qui, introduits les derniers, se trouvaient le plus près de l'orifice externe des parties génitales. Dans les trois premiers cas on plaça en outre dans la plaie un ou deux tubes de drainage ; chez les deux dernières malades on ne fit pas de drainage du tout. Elles guérirent toutes deux tandis que parmi les trois premières l'une mourut de péritonite infectieuse.

(1) Berliner Klinische etc. 1881 n° 50.

Il est à remarquer que chez les deux qui guérissent on lésa pendant l'opération la vessie chez l'une et l'uretère chez l'autre ; la guérison n'en fut pas troublée pour cela, la plaie vésicale fut suturée et ne compliqua pas autrement la marche de l'affection.

Dans le deuxième cas on ne s'aperçut même pas pendant l'opération de la lésion de l'uretère ; ce ne fut que dans la suite qu'on observa un écoulement anormal d'urine par le vagin. Quoique l'urine filtrât continuellement à travers la gaze iodoformée, et que celle-ci fût sans cesse imbibée par le liquide et les sécrétions de la plaie, il ne survint aucune complication. La gaze iodoformée qu'on enleva le quatrième jour était absolument inodore.

Nous avons dit tout à l'heure en commençant qu'on avait eu recours à l'iodoforme pour la désinfection de l'utérus puerpéral ; nous trouvons en effet dans la revue hebdomadaire de Berlin (1) la relation intéressante d'un cas de ce genre, publiée par le docteur Rehfeldt de Francfort, où il se félicite du résultat obtenu.

Il s'agit d'une malade atteinte d'endométrite puerpérale putride, qui, en très peu de temps avait amené une infection de tout l'organisme avec une élévation considérable de la température, un pouls fréquent et misérable avec du délire.

Quatre jours seulement après une délivrance normale, la malade se trouvait dans l'état que nous venons de voir, avec un écoulement par les voies génitales des plus

(1) *Berliner, Klinisch, Wochenschrift*, 1882, n° 9.

fétides. On fit tout d'abord dans la matrice quelques injections phéniquées qui améliorèrent quelque peu la situation. Mais comme pour des motifs particuliers on ne pouvait répéter fréquemment ces lavages, et que cette désinfection momentanée avait prouvé qu'il fallait persévérer dans cette voie, on eut recours à l'iodoforme qui laissé à demeure, devait par sa présence produire une désinfection permanente évidemment préférable aux effets intermittents des lavages phéniqués.

On introduisit dans la matrice au moyen d'un appareil improvisé, cinq grammes d'iodoforme cristallisé et pulvérisé ; un tube de verre auquel on avait donné la courbure d'une sonde utérine, et dont le calibre avait été choisi pour permettre son introduction facile dans la cavité du col servait de conducteur au médicament que l'on faisait progresser à travers celui-ci, au moyen d'une baleine terminée par un bourdonnet de coton. Le tube fut immédiatement retiré pour empêcher l'entrée de l'air dans la cavité utérine ; le tout s'était fait sans la moindre difficulté.

A partir de ce moment les lochies perdirent leur fétidité et n'exhalèrent plus d'autre odeur que celle de l'iodoforme. La malade, qui, avant l'introduction de l'iodoforme était dans un état de prostration tel, qu'elle avait pu être en proie à un long frisson sans s'en apercevoir, reprit rapidement sa connaissance et toute sa lucidité d'esprit. La température et le pouls baissèrent graduellement, sans atteindre cependant la normale avant le sixième jour qui suivit. Les quelques eschares que le décubitus détermina chez la malade, montrent bien la gravité de

son état ; après leur guérison la convalescence définitive s'établit. Si l'on en juge par l'odeur communiquée aux urines, l'élimination de l'iodoforme dura environ une semaine.

Nous avons vu dans notre résumé historique que depuis longtemps l'iodoforme a été employé avec succès comme anesthésique local. Il est une affection souvent bien douloureuse et contre laquelle les malades réclament à grands cris les secours de la science : nous voulons parler des carcinomes utérins, surtout lorsqu'ils viennent à s'ulcérer, et particulièrement de ceux qui siègent sur le col de la matrice. Les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine triomphent bien, il est vrai, pour quelques instants de tranchées trop violentes, mais leur usage répété n'est pas sans danger pour les malades déjà affaiblis par la cachexie, et l'accoutumance qui ne tarde pas à survenir, en obligeant à les répéter plus souvent encore, en rend l'usage impossible. Deux observations qui nous ont été communiquées par le docteur Rohmer nous ont montré quels avantages sérieux on peut retirer de l'emploi de l'iodoforme dans ces cas.

Outre la disparition des douleurs, l'arrêt souvent prolongé du développement de la néoplasie, on constate une désinfection rapide et complète des produits de sécrétion dont l'odeur horriblement fétide et pénétrante rend si souvent mélancoliques les malheureux qui en sont atteints, et leur interdit toute fréquentation en éloignant leur entourage.

L'iodoforme a encore l'avantage de supprimer ces lavages incessants souvent fatigants et même douloureux

auxquels les malades se trouvent astreintes si elles veulent rendre tolérables pour elles-mêmes la fétidité extrême à laquelle elles sont condamnées.

OBSERVATION . La femme T... âgée de 58 ans a eu 15 enfants : maigre et chétive, ses traits indiquent une déchéance profonde. Conditions hygiéniques et sociales des plus mauvaises. Lorsque nous la voyons pour la première fois, elle se plaint de fortes douleurs partant du bassin irradiant dans le bas ventre les cuisses et la région lombaire. Les règles sont supprimées depuis plusieurs années ; mais depuis six semaines environ, la malade s'est aperçue d'un écoulement blanchâtre peu abondant quelquefois strié d'un peu de sang.

Soupçonnant une affection carcinomateuse , nous pratiquons le toucher vaginal. Il nous révèle en effet que la lèvre postérieure du col de l'utérus est complètement occupée par une végétation assez peu développée il est vrai, mais commençant déjà à envahir le cul de sac postérieur du vagin. Les métrorrhagies étant devenues plus abondantes, nous engageons vivement la malade à entrer à l'Hôpital St-Léon, où elle est admise dans le service de M. le Professeur Gross.

L'examen au spéculum confirme ce que le toucher avait révélé. On voit en effet les parties ci-dessus désignées recouvertes de fongosités grisâtres et sanguinolentes. L'odeur qui s'exhale de la tumeur est très fétide. On pratique un lavage phéniqué des parties génitales, et on place sur le col un tampon de coton saupoudré d'iodoforme. Trois jours après la fétidité seule a disparu les douleurs locales ne sont pas modifiées ; mais à partir du quatrième jour la douleur diminue pour se calmer complètement le huitième. La malade a repris des forces et de l'appétit. Les granulations épithéliales du col ont perdu leur couleur grisâtre et leur aspect fongueux ; elles deviennent franchement rouges ; On dirait des bourgeons cicatriciels. Au bout d'un mois de ce traitement, l'état général et local sont très satisfaisants ; les douleurs ont disparu et la tumeur n'a pas fait le plus petit progrès, son développement est comme enrayé. Toutes les fonctions s'accomplissent bien et la malade demande à sortir. Elle revient tous les huit jours faire renouveler son pansement. Plus d'écoulement et plus d'odeur On retire l'ancien pansement et sans même faire d'injection on replace sur le col deux à trois grammes d'iodoforme. Pour faire arriver le médicament sur la tumeur on le verse sur la valve

inférieure d'un spéculum préalablement introduit dans le vagin, et on le fait progresser au moyen d'un tampon de coton qu'on laisse à demeure.

La femme T... se trouve tellement bien du traitement, qu'elle néglige pendant trois semaines de venir faire renouveler son pansement. Au bout de ce temps la tumeur a repris son aspect fongueux et saignant et a envahi d'environ deux centimètres la paroi postérieure du vagin. On refait le pansement comme précédemment et la malade peut vaquer à ses occupations. Un mois après nous la perdons de vue ; ni les douleurs ni les pertes n'ont reparu jusque là.

OBSERVATION II. — La femme F..., âgée de 36 ans, me fait appeler pour une métrorrhagie très abondante dont elle est prise au milieu de la nuit. Son facies pâle et amaigri indique à première vue la présence d'un carcinome. La malade, du reste, me renseigne bientôt sur ce point ; le toucher vaginal pratiqué rapidement, ne laisse pas de doute sur la présence d'un cancer ulcéré du col. Je tamponne tant bien que mal avec des débris de linge la cavité vaginale qui, rétrécie considérablement par la présence de la tumeur, ne permet pas d'en introduire une grande quantité. Quoi qu'il en soit, ce pansement improvisé, recouvert d'un bandage en T, suffit à arrêter l'hémorragie. Au bout de cinq ou six heures, le pansement est enlevé à cause des douleurs intolérables qu'il provoque : l'hémorragie est arrêtée. L'examen pratiqué les jours suivants permet de sentir avec le doigt que le col utérin a fait place à une vaste ulcération irrégulièrement déchiquetée et que toute la paroi supérieure du vagin est occupée par une tumeur fongueuse et saignante. Ecoulement très fétide, malgré les injections alcoolisées pratiquées journellement. L'état général est très bas ; la femme F... ne peut prendre pour toute nourriture qu'un peu de bouillon. Le pansement à l'iodoforme est proposé et accepté. L'introduction du spéculum est difficile et douloureuse ; néanmoins, je parviens à faire pénétrer dans le vagin environ 2 grammes d'iodoforme que je cherche à répandre uniformément avec le doigt. L'odeur fétide est immédiatement supprimée, à la grande satisfaction de la malade qui se félicite aussi de n'avoir plus à recourir aux injections journalières. Au bout de quelque temps de tranquillité, une nouvelle hémorragie survient ; on en a facilement raison avec une injection d'un demi-gramme d'une solution d'ergotine Yvon. Le pansement est continué comme auparavant, la malade s'en trouve très-bien, reprend quelques forces et supporte bien quelques aliments. Plusieurs mois s'écoulent ainsi, mais la

tumeur faisant des progrès, il s'établit une fistule vésico-vaginale. La malade tombe dans une cachexie de plus en plus profonde, dont la terminaison fatale ne se fera probablement pas attendre.

On voit néanmoins que l'emploi de l'iodoforme aura servi à rendre moins pénible l'existence de la malade en supprimant et l'odeur et les douleurs qui entrent pour une grande part dans les causes qui précipitent d'ordinaire la terminaison des affections de ce genre. Il est certain, dans l'observation actuelle, que si la malade a pu, après être tombée dans un pareil état de consommation, reprendre et supporter quelques aliments, c'est grâce à la tranquillité qu'est venue apporter l'iodoforme en supprimant les ennuis des lavages incessants, les douleurs locales, et le dégoût d'elle-même imposé à la patiente par la fétidité dont elle était l'auteur et la première victime.

Nous avons cherché dans les publications de chirurgie la relation de cas d'opérations pratiquées sur le rectum, extirpation ou autre, où l'iodoforme ait été mis en usage, les auteurs qui s'en sont servi se contentent simplement de publier leurs résultats sans donner de détails et sans citer les cas à l'appui. C'est ainsi que Mikulicz (1), résumant l'opinion de ses compatriotes, dit qu'après des opérations pratiquées sur le rectum il eut souvent l'occasion de faire des pansements avec de la gaze iodoformée, et de se convaincre que dans ces cas souvent très compliqués, la guérison suivait une marche tout à fait bénigne et exempte de septicémie. Il se promet de faire connaître dans la suite tous les cas qu'il sera à même d'observer.

(1) Berliner, klinische, etc. n° 50, 1881.

Enfin, comme dernier emploi de l'iodoforme dans les affections des voies génito-urinaires nous trouvons une communication faite par Dujardin-Beaumets à la Société de thérapeutique de Paris, dans laquelle il dit : « L'iodoforme nous rend chaque jour d'immenses services dans les cas d'affections vulvo-vaginales ; je ne connais pas de modificateur plus puissant contre les ulcérations de la vulve ; il agit aussi très efficacement dans le vaginisme, celui qui résulte d'un spasme déterminé par la présence d'érosions de l'orifice vulvaire qu'il ne faut pas confondre avec le vaginisme essentiel, véritable névrose.

Le vaginisme par érosion guérit bien par l'emploi des modificateurs locaux, et à leur tête je place l'iodoforme.

nomateuses de voies génitales et dans le vaginisme et le prurit vulvaire.

7° Bien que l'iodoforme ait été peu employé dans les plaies du rectum, les quelques essais tentés permettent d'espérer les meilleurs résultats.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 4 août 1882.

Vu,

Le Recteur,

Le Président de thèse,

L. MOURIN.

A. HEYDENREICH.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ :

- 1^o CHIMIE. — Dosages des phosphates dans les urines.
- 2^o PHYSIQUE. — Moyens divers de déterminer la température générale ou locale de l'homme à l'état de santé ou de maladie.
- 3^o HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Famille des labiées. — Labiées employées en médecine.
- 4^o ANATOMIE. — Structure et propriétés des veines.
- 5^o HISTOLOGIE. — Du testicule.
- 6^o PHYSIOLOGIE. — De la mort.
- 7^o PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Des hémorrhoïdes.
- 8^o PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des différentes formes de la péritonite.
- 9^o ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De l'endocardite ulcéreuse.
- 10^o MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — Du traitement du rachitisme.
- 11^o MÉDECINE OPÉRATOIRE. — De l'obturation des dents.
- 12^o ACCOUCHEMENTS. — Mécanisme de l'accouchement dans les positions occipito-postérieures.
- 13^o HYGIÈNE. — Des effets de l'air comprimé.
- 14^o MÉDECINE LÉGALE. — Des monstruosité des membres ; classifications.

